Münster i/W. 1934. No 125 Med Diss.

Aus dem Gerichtsärztlichen Institut
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.
Direktor Prof. Dr. Berg.

Ungewöhnliche Selbstmordhandlungen

erläutert an einem Selbstmord durch Halsstich.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines
Doktors der Medizin

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der
Medizinischen Akademie in Düsseldorf

in Gemeinschaft mit der
Westfälischen Wilhelms-Universität
in Münster

von

Rudolf Klöckner
aus Essen.

1934

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez. Manteufel	gez. von Szily
Rektor der Medizinischen Akademie	Dekan der Medizinischen Fakultät
Düsseldorf	Münster

gez. Berg, 1. Berichterstatter
gez. Többen, 2. Berichterstatter

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Referent: Herr Prof. Dr. Berg.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555426_0192

Ungewöhnliche Selbstmordhandlungen, erläutert an einem Selbstmord durch Halsstich.

Es ist in der gerichtlichen Medizin eine bekannte Tatsache, daß Selbstmörder nicht selten bei Ausübung ihrer Tat zu ungewöhnlichen Maßnahmen greifen in der Absicht, eine Tötung durch fremde Hand vorzutäuschen. Die Gründe, die den Selbstmörder hierzu veranlassen, sind, nächst persönlicher Rücksichtnahme auf seinen guten Ruf, in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle materieller Natur. Früher nicht sehr bekannt, mehren sich neuerdings die Fälle von Versicherungsbetrug, wo der Selbstmörder einen Mord vorzutäuschen sucht, um seine Angehörigen in den Genuß einer Versicherungssumme zu bringen, die bei Selbstmord nicht fällig geworden wäre. Wir sehen aber auch nicht selten Personen, denen die Möglichkeit gegeben ist, sich durch andere, bequemere Methoden umzubringen, ganz ungewöhnliche Selbstmordhandlungen ausführen, die entweder auf eine Geistesstörung hinweisen können oder auch wieder die Absicht in sich tragen, einen gewaltsamen oder natürlichen Tod vorzutäuschen. Zu erwähnen wäre hierbei auch, daß der Selbstmörder gelegentlich ein sehr schnell wirkendes Gift wählt und zur Verdunkelung seiner Tat öffentliche Orte für die Durchführung seiner Tat aufsucht. Am hellichten Tage, auf öffentlichen Plätzen und Promenaden in Kaffee- und Gasthäusern, im Theater und Konzertsaal schreitet der Selbstmörder zur Ausführung seiner Tat unter Umständen, die den Anschein eines plötzlichen natürlichen Todes erwecken, indem er das mitgeführte Blausäurepräparat einnimmt. Hoffmann[1] berichtet über einen Fall, wo ein Mann in einem Kaffeehause, während er mit seiner gewohnten Gesellschaft Karten spielte und Kaffee trank, plötzlich zusammenbrach und nach wenigen Augenblicken starb. Alles sprach für einen natürlichen Tod. Die gerichtsärztliche Obduktion ergab eine ausgesprochene Cyankaliumvergiftung. Die gleiche Todesart fand Hoffmann bei einem Fabrikanten, der in bedrängten Verhältnissen lebte und tot in der Trambahn aufgefunden wurde, wie man glaubte, vom Schlaganfall getroffen. Auf die gleiche Weise verübte eine hochversicherte Frau, die während einer Theatervorstellung tot in ihrer Loge zusammenbrach, Selbstmord. In beiden Fällen konnte durch die gerichtliche Obduktion einwandfrei Selbstmord durch Einnehmen von Cyankalium festgestellt werden.

[1] Hoffmann, Handbuch f. gerechtl. Medizin 1898, S. 371.

Aber auch Kombinationen von Giftnehmen mit anderen Selbstmordarten kommen vor. Liman[2] berichtet über einen Selbstmord, der irrtümlich für Mord durch Halsschnittwunden erklärt wurde. Eine Mutter wurde mit ihren beiden Kindern mit großen und mehrfachen Halsschnittwunden tot aufgefunden. Es wurde zunächst ein dreifacher Mord angenommen. Die gerichtliche Obduktion ergab jedoch, daß eine Schwefelsäurevergiftung bei der Mutter vorlag. Demnach konnte in diesem Falle die Erklärung abgegeben werden, daß die Mutter, nachdem sie zuerst ihre beiden Kinder getötet, einen Selbstmordversuch durch Schwefelsäure vorgenommen hatte und als derselbe nicht schnell zum Ziele führte, sich mit demselben Rasiermesser, das noch blutbefleckt am Boden lag, durch Halsschnittwunden tötete. Das gerichtliche Gutachten wurde von kriminalistischer Seite bestätigt, indem man bei einer Haussuchung den Rest der Schwefelsäure und einen Brief der Selbstmörderin fand, in dem sie ihre Absicht, mit ihren Kindern aus dem Leben zu scheiden, mitteilte.

Einen weiteren Fall erwähnt Liman[2], wo ein Mädchen beim Fensterputzen aus dem dritten Stockwerk tödlich abstürzte. Alles glaubte an einen zufälligen Unglücksfall. Die Obduktion ergab Phosphorvergiftung durch Einnahme von Zündholzköpfchen.

Einen anderen Fall beschreibt Hoffmann[3]. Ein Mann, der mit der Ausführung von Arbeiten beschäftigt war, stürzte aus einem Dachfenster tödlich ab. Auch hier konnte durch die Obduktion der Leiche ein Selbstmord durch Schwefelsäurevergiftung festgestellt werden.

Auch bei anderen Selbstmordarten sind ganz ungewöhnliche Selbstmordhandlungen beobachtet worden. Halsschnittwunden kommen bei Selbstmord verhältnismäßig häufig vor. Sie liegen fast immer auf der Vorderseite des Halses, an einer Stelle, die bequem von der Hand des Selbstmörders erreicht werden kann. Daß der Selbstmörder gelegentlich auch eine andere Stelle für die Beibringung einer tödlichen Schnittwunde wählen kann, beweist folgender, kaum glaublicher Fall von Selbstmord, der von Flintzer[4] beschrieben wurde. Ein Mann verübte Selbstmord, indem er sich eine 12 cm lange, tiefe Schnittwunde im Nacken beibrachte. Der Schnitt eröffnete die Articulatio occipitalis und durchtrennte das Rückenmark. Am Rande des linken Unterkiefers fand sich eine senkrecht von oben nach unter verlaufende, oberflächliche Schnittwunde. Die Leiche wurde in einer von innen verschlossenen Bodenkammer mit dem Messer in der Hand aufgefunden.

Zu den ungewöhnlichen Selbstmordhandlungen gehört auch der Selbstmord durch Hiebwunden. Verletzungen durch Hiebwunden deuten fast mit Sicherheit auf fremde Schuld am Tode hin, da es zu den unerhörten Seltenheiten gehört, daß ein Selbstmörder sich durch Hiebwunden tötet. Und doch kann die gerichtliche Medizin über mehrere solche Selbstmordhandlungen durch Hiebwunden be-

[2] Liman, Handbuch f. gerichtl. Medizin, S. 361.
[3] Hoffmann, Handbuch f. gerichtl. Medizin, S. 329.
[4] Vierteljahresschrift für gerichtl. Medizin, Bd. 36 S. 189.

richten. Schauenstein[5] erwähnt einen solchen Fall von Selbstmord: Ein Mann brachte sich mit einem Beil 17 Hiebwunden an der Stirn und am Schädeldach bei, von welchen einige den Knochen durchdrangen und den Tod durch Meningitis herbeiführten. Kratter[6] berichtet über einen ähnlichen Fall von Selbstmord durch Hiebwunden: Ein dreißigjähriger Mann fügte sich mit der hinteren Ecke eines Beiles zunächst 30 Hiebwunden am Kopf bei, die alle an der Stirn und am Scheitel lagen. Trotz ihrer großen Zahl hatten sie nicht zur Zertrümmerung des Schädels geführt. Tödliche Brust- und Bauchstichwunden hatten schließlich den Tod zur Folge.

Einen anderen lehrreichen Fall dieser Art veröffentlicht Frank[7]. Eine 53 Jahre alte Frau verübte Selbstmord, indem sie sich mit der Schneide einer Hacke zahlreiche, parallel verlaufende, dicht zusammenliegende Hiebwunden in den Schädel beibrachte, die den Schädelknochen in der hinteren Stirngegend durchtrennten. Außerdem fanden sich an der Innenseite beider Oberarme und in den beiden Kniekehlen oberflächliche Schnittwunden.

Casper[8] hat eine Frau obduziert, die sich zuerst einen Stich in den Bauch beibrachte und als der Tod nicht eintrat, ein Küchenbeil ergriff und teils mit dem Rücken, teils mit der Schneide des Beiles solange gegen den Kopf hieb, bis sie bewußtlos zusammenbrach. Als sie im Krankenhause Aufnahme fand, war das Bewußtsein wiedergekehrt. Der Tod erfolgte nach mehreren Tagen an Meningitis. Bei der Sektion konnte nachgewiesen werden, daß einzelne mit dem Beil geführte Hiebe den Schädelknochen zertrümmert hatten.

Althoff[9] berichtet über einen Fall, wo ein 33jähriger Knecht sich mit einem Beil zehn, zum Teil sehr große und tief eindringende Hiebwunden im Nacken beibrachte und sich dann, als dies zum Sterben noch nicht genügte, blutüberströmt zu einem in der Nähe befindlichen Bache schleppte und dort ertränkte. Außer den Hiebwunden im Nacken wurde eine 14 cm lange, querverlaufende, ganz oberflächliche Hautwunde auf der Vorderseite des Halses gefunden.

Auch bei Schußverletzungen kommen Selbstmordhandlungen vor, die geeignet sind, eine Tötung durch fremde Hand vorzutäuschen. Der Selbstmörder, der zur Schußwaffe greift, richtet den Schuß in der Regel gegen den Kopf oder die Herzgegend. Am Kopfe wird meistens die Stirn- oder Schläfengegend gewählt. Nur ausnahmsweise wird die Waffe an Stellen angelegt, die unbequem zu erreichen sind. Maschka[10] berichtet über einen Fall von Selbstmord durch Schußverletzung, wo die Einschußöffnung rückwärts am Kopfe in der Gegend des Lambdanahtwinkels gefunden wurde. Hoffmann[11] erwähnt einen Fall von Selbstmord durch Schußverletzung, bei dem

[5] Hoffmann, Handbuch f. gerichtl. Medizin 1898, S. 398.
[6] Vierteljahresschrift für gerichtl. Medizin, Bd. 35 S. 84.
[7] Hoffmann, Handbuch f. gerichtl. Medizin 1898, S. 399.
[8] Hoffmann, Handbuch f. gerichtl. Medizin 1898, S. 398.
[9] Deutsche Zeitschrift f. gerichtl. Medizin, Bd. 7 S. 420.
[10] Hoffmann, Lehrbuch der gerichtl. Medizin 1898, S. 388.
[11] Vierteljahresschrift f. gerichtl. Medizin 1893, V. pag. 221.

der Einschuß sich ebenfalls am Hinterkopf befindet. Im letzten Fall wurde durch die polizeilichen Ermittelungen einwandfrei festgestellt, daß der Mann sich in Anwesenheit zahlreicher Zeugen in einem Kaffeehause, auf einem Stuhl sitzend, die Verletzung mit einer Pistole beigebracht hat. Die anatomische Untersuchung stellte fest, daß es sich um einen aus unmittelbarer Nähe gegen das Hinterhaupt abgegebenen Schuß handelte.

Ein weiteres Beispiel einer ungewöhnlichen Selbstmordhandlung durch Schußverletzung, wo der Selbstmörder seine Tat zu verschleiern suchte, indem er einen Raubmord zum Zwecke des Versicherungsbetruges vortäuschte, bietet der Fall Westenhuber, der in weiten Kreisen der Bevölkerung großes Aufsehen hervorrief. Da dieser Fall kriminalistisch äußerst lehrreich ist, will ich näher auf ihn eingehen, indem ich dem Vortrag des Herrn Professor Merkel auf der diesjährigen Tagung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden und dem im hiesigen Institut für gerichtliche Medizin vorliegenden Material folge[12]:

Am Morgen des 19. März 1932 erschien der Sohn des Westenhuber auf der Gendarmeriestation in Freilassing und erstattete Anzeige von dem Verschwinden seines Vaters. Es wurde festgestellt, daß Westenhuber am Tage vorher als Geschäftsführer einer Konsumanstalt eine Geschäftsreise unternommen und bei dieser Gelegenheit wie üblich, ausstehende Gelder einkassiert hatte. Am selben Abend wurde er zuletzt in einer Werkswirtschaft in Hammerau, 5 km von seinem Wohnort Freilassing entfernt, gesehen, nachdem er in der dortigen Konsumanstalt vorher Gelder einkassiert hatte. Er hatte dann gegen 20.30 Uhr die Wirtschaft verlassen in der Absicht, mit dem Zuge nach Hause zu fahren. Seine Familie hatte an jenem Abend vergebens auf seine Rückkehr gewartet. Als der Vater auch am nächsten Morgen mit dem Zuge um 8.50 Uhr nicht heimkam, begab sich der Sohn allein mit dem Fahrrad nach Hammerau, um Erkundigungen einzuziehen und verständigte schließlich um 10 Uhr vormittags die Kriminalpolizei von dem Verschwinden seines Vaters. Bei der daraufhin von der Polizei unter Hinzuziehung der Feuerwehr durchgeführten Streife wurden zuerst an einem an der Bezirksstraße Hammerau—Freilassing gelegenen Walde die verstreuten Geschäftspapiere des Vermißten gefunden und bald darauf im Innern des Waldes, 180 m von der Bezirksstraße entfernt, die Leiche des Westenhuber mit durchschossenem Kopfe. Die einkassierten Gelder in Höhe von 1500 RM fehlten. Da zudem noch eine Waffe am Tatorte nicht gefunden wurde, mußte Raubmord angenommen werden. Diese Annahme wurde auch noch durch den Leichenbefund gestärkt. Es fand sich nämlich ein Einschuß im Nacken. Die Leiche des Ermordeten lag auf dem Rücken. Neben dem Toten waren in auffallender Ordnung Hut und Rucksack abgelegt worden. Der Hut lag auf dem Rucksack. Letzterer Umstand machte sofort stutzig. Da der Hut nicht die

[12] Archiv für Kriminologie Bd. 91 S. 1.

geringste Schußbeschädigung oder Blutspuren aufwies, so konnte der Getötete ihn nicht auf dem Kopfe getragen haben, als der Schuß ihn traf. Hätte er ihn auf der Flucht vor dem Täter verloren, so würde sich der Mörder wohl kaum der Mühe unterzogen haben, den Hut zu suchen und auf den Rucksack zu legen. Auch der Rucksack zeigte nicht die geringsten Blutspuren. Würde der Getötete, als er den Schuß erhielt, ihn auf dem Rücken getragen und der Täter ihn nachher abgenommen haben, so müßte der Rucksack unbedingt Blutspuren aufweisen, da die rückwärtige Kopfwunde stark blutete und der Täter den Rucksack bei der Abnahme durch die Blutbahn hätte ziehen müssen. Der Erschossene mußte daher wohl Hut und Rucksack vor Beibringung des Schusses abgelegt haben. Die gerichtsärztliche Leichenöffnung ergab, daß der Getötete mit einer Pistole Kal. 7,65 mm erschossen war. Das Geschoß war im Nacken in Höhe des ersten Halswirbels eingedrungen und hatte den Kopf links an der Stirn wieder verlassen, und zwar handelte es sich um einen unmittelbaren Nahschuß. — Zwei Tage später konnte nach gründlicher Durchsuchung des Tatortes eine Patronenhülse Kal. 7,65 mm mit dem Firmenzeichen N gefunden werden. Dieselbe lag an der linken Seite der Leiche. Der fünfte Tag nach Auffindung der Leiche brachte eine große Ueberraschung: Spielende Kinder fanden, 2 km vom Tatort entfernt, an der Hauptverkehrsstraße am Rande eines Baches in unmittelbarer Nähe der Polizeistation eine Pistole Kal. 7,65 mm mit dem Firmenzeichen N, die der Schießsachverständige nach eingehender Untersuchung als die Tatwaffe bezeichnete. Die Pistole war auf der Aufliegeseite nur wenig verrostet und zeigte auf ihrer Oberseite noch eine tadellos erhaltene Brünierung. Da an den der Auffindung vorangegangenen Tagen es mehrfach geregnet und geschneit hatte, konnte mit Sicherheit angenommen werden, daß die Waffe nicht länger als 24 Stunden am Tatort gelegen hatte. Unzweifelhaft war die Waffe an der Fundstelle abgelegt worden, um sie der Gerichtsbehörde in die Hände zu spielen. Die weitere Untersuchung der Tatwaffe ergab, daß in ihrem Lauf eine Menge Schmutz steckte, der, wie sich bei der Ausräumung zeigte, mit kleinsten Zweigteilen und Blattfasern untermischt war, also mit Bestandteilen, wie sie der Waldboden am Tatort aufzuweisen hatte. Auf Grund dieser Tatsache mußte angenommen werden, daß die Pistole schon am Tatort auf die Mündung gefallen ist. Der Umstand, daß das Geschoß in den Hinterkopf eingedrungen war, die Pistole nach rechts auswirft, die Patronenhülse aber an der linken Seite der Leiche gefunden wurde, führte zu der weiteren, wichtigen Feststellung, daß die Pistole umgekehrt, mit dem Abzugbügel nach oben, bei Abgabe des Schusses gehalten worden war. Diese Haltung wurde auch mit Rücksicht auf den Verlauf des Schußkanals von dem medizinischen Sachverständigen Professor Merkel als die wahrscheinlichste bezeichnet.

Es konnte schließlich von der Kriminalpolizei der Nachweis erbracht werden, daß die Pistole Eigentum des Getöteten war. Diese Tatsache wurde auch schließlich von dem Sohne des Getöteten aner-

kannt, nachdem bei einer Haussuchung eine weitere Pistole Kaliber 7,65 mm gefunden wurde, die dem Sohn gehörte, und eine Pistolentasche aus Leder, in der, nach den vorhandenen Einpressungen zu schließen, die Tatwaffe verwahrt worden war.

Für die kriminalpsychologische Beurteilung dieses Falles waren die weiteren Feststellungen der Kriminalpolizei von wesentlicher Bedeutung. Es wurde ermittelt, daß Westenhuber bereits zu Weihnachten 1931 seine Kündigung als Geschäftsführer des Konsumvereins zum 1. April 1932 erhalten hatte. Ferner wurde bei einer Haussuchung ein Teil des „geraubten" Geldes in einem geschlossenen Briefumschlag gefunden, von dem der Sohn des Getöteten behauptete, er habe es am zweiten Tag nach Auffindung der Leiche in einem gewöhnlichen Brief zugeschickt erhalten. Außerdem förderte die Haussuchung ein von Westenhuber eigenhändig geschriebenes Schriftstück zutage, in dem er auf die Möglichkeit einer Ermordung durch übelgesinnte Freunde hinweist und zum Ausdruck bringt, daß „im Falle einer Verunglückung" den Hinterbliebenen eine vom Konsumverein abgeschlossene Haftpflichtsumme in Höhe von 30000 RM. zustände.

Auf Grund dieser Indizien und Schlußfolgerungen kam das Gericht zu der Ueberzeugung, daß es sich im vorliegenden Falle um keinen Raubmord handelte, sondern daß der Getötete freiwillig aus dem Leben geschieden war und einen Raubmord vortäuschen wollte, um seine Angehörigen in den Genuß einer Versicherungssumme zu bringen. Es konnte keinem Zweifel mehr unterliegen, daß Westenhuber in der Person seines Sohnes einen Mitwisser seiner Tat hatte, der die Pistole am Tatort beseitigte, um durch die Wegnahme der Waffe einen Mord glaubhaft zu erhalten. Nachher hat er dann der Behörde die Waffe in die Hände gespielt, offenbar in der Befürchtung, die in seinem Hause bei der Haussuchung beschlagnahmte Waffe könnte wegen der Gleichheit des Systems für die Tatwaffe gehalten werden und ihn der Täterschaft bezichtigen. Das Gericht verurteilte den Sohn des Westenhuber wegen Hehlerei zu drei Monaten Gefängnis, sprach ihn aber von der Anklage des Versicherungsbetruges frei. In der Urteilsbegründung heißt es u. a.: „Das Gericht nimmt an, daß der Angeklagte zumindest von seinem Vater darüber informiert gewesen war, wo er zu suchen sei, wenn er einmal nicht mehr nach Hause zurückkehre. Als der Vater dann am 18. März nicht heimgekommen ist, hat der Angeklagte zweifellos die Pistole geholt." Das Gericht sah in der Wegnahme der Pistole lediglich die Aufrechterhaltung der Fiktion eines Raubmordes und konnte daher zu einer Verurteilung wegen Versicherungsbetruges nicht kommen.

Ein Fall von ganz ungewöhnlicher Selbstmordhandlung wurde am gerichtsärztlichen Institut in Düsseldorf im Jahre 1926 beobachtet. Ein 55jähriger Mann verübte Selbstmord, indem er sich durch einen einzigen Stich in den Hals tötete. Was den Fall zu einem ungewöhnlichen stempelt, ist der Umstand, daß die hier gewählte Todesart von einem Selbstmörder bisher noch nicht angewandt worden ist. Der Fall war zunächst geeignet, einen Selbstmord unwahrscheinlich zu

machen, doch fanden sich nach sorgfältiger Besichtigung der Leiche und Feststellung des anatomischen Befundes zahlreiche Kriterien, die auf Grund gerichtlich-medizinischer Erfahrungen für Selbstmord sprachen.

Die gerichtsärztliche Leichenschau und Obduktion wurde von Professor Dr. Berg vorgenommen und hatte folgendes Ergebnis:

Anamnestisch wurde festgestellt, daß es sich um einen 55jährigen Mann handelte, der von Beruf Inspektor war und seit acht Jahren von seiner Frau getrennt lebte. Am 24. Juni 1938 soll er sich angeblich mit einem schmalen Messer in den Hals gestochen haben.

Abb. 1

Das gerichtsärztliche Obduktionsprotokoll ergab im wesentlichen folgendes:

Leichenstarre vorhanden
ausgesprochene blau-violette Totenflecke
Leichenfarbe hell-gelblich-weiß
Kopf zyanotisch
Kopfhaar grau
starker Fettbauch und Fetthals.

Aus dem Munde quillt großblasiges Blut. Der ganze Rumpf ist mit Blut bedeckt. Am Halse, 2½ cm unter dem Adamsapfel, dicht rechts von der Mittellinie, ist eine 17 mm große, querverlaufende Wunde mit zwei spitzen Winkeln sichtbar. Haut am Halse verdickt, knistert. Unter der oberflächlichen Muskulaturplatte des Halses rechts und links sehr starke blutige Durchtränkungen. Zwerchfellstand rechts 5. Rippe, links 6. Rippe. Lungen gebläht, wölben sich vor, rechts fast ganz verwachsen bis auf den freien Oberlappen.

Herzbeutel fettreich, Herz noch fest
Herzgröße 12 : 9½ : 7½ cm
Herzfleisch hell-braunrot
Gewicht des Herzens 470 Gramm
im rechten Herzen etwas flüssiges Blut, sonst leer
Aorta 8 cm, Pulmonalis 8 cm breit.

Der Stich dringt dicht unter den Stimmbändern in den Kehlkopf und setzt hier einen 15 mm langen, queren Spalt. An der hinteren Wandung der Luftröhre ist eine weitklaffende Zerstörung von 25 : 18 mm sichtbar, die Speiseröhre ist an ihrem linken Rande durchschnitten.

Milz 13 : 8 : 2½ grau-violett
Niere 12 : 6 : 3 hell-graurot
Leber 27 : 17 : 9 grau-braun
Pankreas hell, rötlich-weiß
Blase fast leer, Samenblasen halbgefüllt
Magen mit 1000 ccm geronnenen Blutes angefüllt, desgleichen die Speiseröhre im unteren Drittel mit Blut angefüllt
Magenschleimhaut kurpferrot imbibiert
Dünndarm enthält schwarzes, dickflüssiges Blut.

Todesursache: Halsstichverletzung, Verblutung in den Magen- und Darmkanal.

Als Ergebnis der gerichtlichen Leichenöffnung wurde demnach als Todesursache Verblutung in den Magen- und Darmkanal durch Halsstich festgestellt.

Auf Grund des vorliegenden Leichenbefundes ist nunmehr die Frage zu klären, liegt Mord oder Selbstmord vor.

Weil diese Frage grundsätzlich bei allen tödlichen Verletzungen von dem eine Leichenschau ausübenden Arzt zu erwägen ist, will ich an Hand des eben beschriebenen Falles die Differentialdiagnose sowohl im allgemeinen als in unserem Fall erörtern.

Was die Entscheidung dieser Frage im vorliegenden Falle zunächst erschwert, ist der Umstand, daß die hier beschriebene tödliche Verletzung durch einen isolierten Halsstich als Selbstmordhandlung bisher in der gesamten gerichtlich-medizinischen Literatur noch nicht beschrieben wurde. Selbstmord durch Erstechen ist an sich schon verhältnismäßig selten, dagegen der auf diese Weise geübte Mord- und Totschlag ein ungemein häufiges Vorkommnis. Allein dieses Miß-

verhältnis zwingt den Begutachter, bei der Beurteilung eines angeblichen Selbstmordes durch Stichverletzung größte Vorsicht walten zu lassen.

Ein weiteres Moment, das im vorliegenden Falle die Entscheidung der Frage nach einem Selbstmord erschwert, ist die Lokalisation der Stichverletzung am Halse. Fast ausnahmslos wählt der Selbstmörder beim Erstechen die Herzgegend, ab und zu die Magengrube, seltener andere Körperstellen, wie Ellenbeuge oder Schenkelbeuge. Halsstichwunden bei Selbstmördern sind äußerst selten.

Ein weiterer Umstand, der bei der Beurteilung eines Selbstmordes von Bedeutung ist, ist die Zahl der vorgefundenen Verletzungen. Findet sich nur eine Verletzung, so wird diese Tatsache keinen wesentlichen Anhaltspunkt für die Ermittelung einer Selbstmordhandlung bieten, da isolierte Verletzungen sowohl bei Mord als auch bei Selbstmord vorkommen. Bei letzterem jedoch sind isolierte Verletzungen äußerst selten. Bekannt ist, daß Selbstmörder in der Regel zuerst vergebliche Versuche machen, um zum Ziele zu kommen. Sie fügen sich oft mehr oder weniger zahlreiche Wunden zu, bevor sie sich endlich die tödliche Verletzung beibringen. So fand Laugier[13] in einem solchen Falle 142, Maschka[14] sogar 285 Messerstiche. In zahlreichen Fällen konnte beobachtet werden, daß Selbstmörder sich vor Beibringung der tödlichen Wunde am Handgelenk oder Ellenbeuge einen oder mehrere oberflächliche Schnitte beibrachten, gleichsam Probeschnitte, die die Absicht des Selbstmörders kundgeben, sich die Adern zu öffnen, bis sie dann nach vergeblichen Versuchen sich die tödliche Verletzung beibrachten. Finden sich derartige Verletzungen an der Leiche, insbesondere wenn sie in großer Zahl vorhanden und in die Hunderte gehen, so spricht diese Tatsache allein schon für Selbstmord.

Von großer Bedeutung für die Beurteilung von Selbstmordhandlungen ist auch die Lage der Verletzung. Die Verletzungen, die der Selbstmörder sich beibringt, liegen meistens an Körperstellen, die für ihn leicht erreichbar sind. Sie erstrecken sich häufig auf einen kleineren oder mehrere engbegrenzte Körperbezirke und liegen hier in dicht gedrängter Anordnung und zeigen meist parallelen Verlauf. Dabei ist auf eine besondere Eigentümlichkeit der Selbstmörder zu achten. Bekannt ist die Tatsache, daß der Selbstmörder im allgemeinen vorher die Körperstelle, wo er einstechen will, sorgfältig von Kleidungsstücken entblößt, während der Mörder rücksichtslos durch Kleidungsstücke oder vorgelagerte Gegenstände (Notizbuch, Taschentuch) hindurchsticht.

Eine Ausnahme von der Regel, daß zahlreiche und parallel gerichtete Stiche auf einem engen Körperbezirk auf Selbstmord hinweisen, bietet die Handlungsweise des Düsseldorfer Massenmörders Kürten. Von seinen Opfern zeigten die Kinder Ohliger, Albermann und

[13] Hoffmann, Handbuch f. gerichtl. Medizin, S. 383.
[14] Ebenda.

das Hausmädchen Maria Hahn viele parallel gerichtete Stiche in der linken Brust[15].

Aber das Entscheidende lag in diesen Fällen in der rücksichtslosen Durchstechung der Kleider.

Von großer Wichtigkeit bei der Beurteilung einer Selbstmordhandlung ist die Entscheidung der Frage, ob ein Kampf als Zeichen der Abwehr stattgefunden hat. In diesem Falle sind wesentlich Verletzungen, die am Körper der Leiche gefunden werden und als Abwehrverletzungen zu deuten sind. Da im Falle der Abwehr eines Angreifers die angegriffene Person dem Angreifer in die Arme bzw. in das Messer fällt, so können Schnittwunden an den Händen, besonders an den Innenflächen der Finger und Hohlhände oder Kratzeffekte an verschiedenen Körperstellen, als Zeichen geleisteter Gegenwehr zurückbleiben. Finden sich derartige typische Abwehrverletzungen an der Leiche, so verliert der Selbstmord an Wahrscheinlichkeit oder ist allein schon von vornherein auszuschließen.

Ein weiterer Umstand, der bei Stichverletzungen für die Beurteilung eigener oder fremder Handanlegung Bedeutung hat, ist die Beschaffenheit der Wunde und der Verlauf des Stichkanals. Stichverletzungen hinterlassen glattrandige Wunden. Aus der Tiefe der Wunde allein können keine sicheren Schlüsse auf eigene oder fremde Handanlegung gezogen werden, da auch Selbstmörder sich tief eindringende Wunden beibringen können. Dagegen ist die Wundrichtung, der Verlauf des Stichkanals wichtig für die Beurteilung der Richtung, in der das Werkzeug in den Körper eingedrungen ist und entscheidend für die Frage, ob die Verletzung durch eigene oder fremde Handführung hervorgerufen wurde. Stichwunden, welche die Halsgegend betreffen und von Mörderhand beigebracht werden, weisen meist einen nach abwärts gerichteten Stichkanal auf, da der Mörder in der Regel von oben herab auf sein Opfer einzustechen pflegt.

Wenden wir auf Grund der gemachten Ausführungen die für Selbstmord sprechenden Kriterien auf unseren Fall an, so spricht zunächst die ungewöhnliche Lokalisation der Stichverletzung am Halse nicht gegen einen Selbstmord. Denn eine Grundbedingung für Selbstmordhandlung ist unbedingt erfüllt. Die Verletzung liegt an einer Körperstelle, die vom Selbstmörder bei Ausübung seiner Tat bequem erreicht werden konnte. Auch der Verlauf der Wunde mit ihrem geraden, nahezu horizontal verlaufenden Stichkanal spricht für eine Beibringung des Halsstiches durch eigene Hand. Ferner ist beachtlich die schmale, nur 17 mm breite Einstichwunde, die für die Anwendung eines kleinen Messers spricht. Ein Mörder wird sich nicht gerade ein Federmesser suchen, um sein Opfer zu erstechen.

Was den vorliegenden Fall als ungewöhnlich erscheinen läßt, ist die Tatsache, daß nur eine einzige Verletzung gefunden wurde. Der Selbstmörder ist hier von der meist geübten Methode abgewichen.

[15] Siehe Abbildung Nr. 1 und 2. Professor Berg: Der Sadist. Gerichtsärztliches und Kriminalpsychologisches zu den Taten des Düsseldorfer Mörders.

sich vor Ausführung der tödlichen Verletzung noch andere Wunden beizubringen, wie es in der Regel der Fall ist. Die vorher angeführte Tatsache, daß der Selbstmörder vor Ausführung seiner Tat die Körperstelle, wo er einstechen will, sorgfältig von Kleidungsstücken entblößt, während der Mörder rücksichtslos durch dieselben hindurchsticht, kann in unserem Falle keine Anwendung finden, da die Halsgegend gewöhnlich von Kleidungsstücken frei zu sein pflegt und infolgedessen Stoffdurchtrennungen nicht stattfinden können. Dagegen spielt in unserem Fall der Umstand eine entscheidende Rolle, daß Spuren eines stattgefundenen Kampfes nicht vorhanden waren. Weder am Tatort, noch an den Kleidungsstücken, noch am Körper der Leiche selbst konnten auch nur die geringsten Anzeichen gefunden werden, die auf eine geleistete Gegenwehr hindeuteten. Eine Verletzung wie in unserem Falle kann nicht gut ohne Widerstand von seiten der angegriffenen Person beigebracht worden sein, ohne Zurücklassung von Spuren geleisteter Gegenwehr. Auf Grund des anatomischen Befundes kann mit Sicherheit angenommen werden, daß die Verletzung am Halse der Leiche eine solche war, die nicht unmittelbar tödlich wirkte und dem Angegriffenen Möglichkeit und Zeit zur Gegenwehr ließ. Größere Gefäßstämme, die einen sofortigen oder doch schnellen Verblutungstod herbeiführen konnten, sind bei der Halsverletzung nicht getroffen worden. Der Tod ist vielmehr langsam infolge innerer Verblutung in den Magen- und Darmkanal erst nach längerem Zeitraum eingetreten. Der Verletzte hätte zumindest genügend Zeit finden können, Hilfe herbeizuholen.

Nach obigen Ausführungen können wir daher nach sorgfältiger Berücksichtigung aller für Selbstmord in Frage kommenden Kriterien auf Grund gerichtlich-medizinischer Erfahrungen nur zu der Schlußfolgerung kommen, daß der hier beschriebene Fall einer isolierten Halsstichverletzung auf Selbstmord zurückzuführen ist.

Wenn ich oben als eine Regel anführte, daß der Selbstmörder zahlreiche Stiche gegen die gleiche engbegrenzte Körperstelle richtet, so gibt es doch hin und wieder Ausnahmen von dieser Regel. So wurde im hiesigen, gerichtsärztlichen Institut ein zunächst für Mord gehaltener Selbstmordfall seziert. Die spätere Aufklärung ergab folgendes: Ein 51jähriger Mann hatte sich, vor dem Spiegel stehend, zunächst zwei Stiche in die Magengrube beigebracht, war dann zum Bette geschritten, hatte sich auf die Bettkante gesetzt und dann den Hals aufgeschnitten (Abb. 2).

Das Blut hatte er in einen vorgesetzten Eimer so sorgfältig einlaufen lassen, daß der Fußboden nicht beschmutzt wurde. Der anatomische Leichenbefund ergab eine 14 cm lange, breit klaffende, querverlaufende Halsschnittwunde, die zum größten Teil auf der linken Halsseite lag. Der Schnitt war dicht oberhalb des Adamsapfels in den Hals eingedrungen und hatte den Kehlkopfeingang in ganzer Ausdehnung freigelegt und den Schlund eröffnet. Links war die Art. thyreoidea sup. durchtrennt, während die Crotitiden unverletzt waren. Auf der rechten Halsseite, 4 cm unterhalb der Ohrmuschel war eine 9 cm lange, quer

Abb. 2

verlaufende, oberflächliche Hautschnittwunde. Zwei weitere Wunden befanden sich in der Magengrube. Die größere von ihnen war 5 cm lang, verlief senkrecht von der Brustbeinspitze nach abwärts und hatte die Bauchhöhle eröffnet, ohne Hohlorgane zu verletzen. Die kleinere Bauchwunde zeigte winkelige Form und hatte nur die Haut durchtrennt.

Die oben angeführten Beispiele ungewöhnlicher Selbstmordhandlungen zeigen mit genügender Deutlichkeit, daß die Entscheidung der Frage ob Mord oder Selbstmord vorliegt, häufig Schwierigkeiten begegnet. Die Fälle, in denen eine gewaltsame Todesart für Mord oder Unglücksfall gehalten wurde und sich nachher bei der gerichtlichen Leichenöffnung als Selbstmord herausstellten, sind nicht selten. Es muß daher jedem die Leichenschau abhaltenden Arzte gesagt werden, daß er in allen Fällen, in denen der Leichenbefund oder die äußeren Umstände den Verdacht eines unnatürlichen Todes aufkommen lassen, die gerichtliche Leichenöffnung beantragt.

Ich versichere hiermit an Eidesstatt, daß ich die vorliegende Arbeit ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe und weitere Unterlagen als die angeführte Literatur nicht benutzt habe.

Lebenslauf.

Am 17. Januar 1895 wurde ich in Werden a. d. Ruhr als Sohn des Kupferschmiedemeisters Friedrich Klöckner geboren. Bis zum 11. Lebensjahre war ich auf der Volksschule meines Heimatortes und besuchte dann das Burggymnasium in Essen. Nach bestandener Reifeprüfung im Jahre 1914 begann ich mit dem Studium der Medizin. Während des Krieges zum Heeresdienst einberufen, mußte ich mein Studium unterbrechen und stand 3½ Jahre als Soldat an der Front. Nach Beendigung des Krieges nahm ich mein Studium wieder auf und studierte an den Universitäten Bonn, Gießen, Berlin und die letzten drei Semester an der medizinischen Akademie in Düsseldorf, wo ich am 31. Juli 1921 das medizinische Staatsexamen bestand. Nach Ableistung des praktischen Jahres am Augusta-Krankenhaus in Düsseldorf-Rath erhielt ich am 1. März 1922 die Approbation als Arzt. Ich kam dann als Volontärarzt auf die innere Station des Marienhospitals in Essen. Nach drei Jahren wurde ich Assistenzarzt und war dann drei Jahre auf der chirurgischen Station und weitere drei Jahre auf der geburtshilflich-gynäkologischen Station als Assistenzarzt tätig. Wegen Einschränkung des Krankenhausbetriebes infolge der wirtschaftlichen Notlage mußte ich am 1. Juli 1932 meine Stellung aufgeben. In der Folgezeit habe ich durch Vertretungen Praxis ausgeübt. Ich habe die Absicht, mich als praktischer Arzt niederzulassen.